

بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش استرس ادراک شده و مشکلات ارتباطی زنان دارای همسر معتاد در حال ترک

شیوا تقی‌پور^۱، محمدحسین باغستانی^۲، نادره سعادت^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۱/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۱/۱۰

چکیده

هدف: جایگاه زنان دارای همسر معتاد، با توجه به مسائل فردی آنان و نقش‌هایی که در برابر همسر، فرزندان و جامعه دارند، از حساسیت خاصی برخوردار است و توجه ویژه به این گروه ضروری است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش استرس ادراک شده و مشکلات ارتباطی در زنان دارای همسر معتاد در حال ترک، بود. **روش:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری ۲ ماهه بوده است. انتخاب نمونه از بین زنان دارای همسر معتاد در حال ترک که از خدمات مرکز ترک اعتیاد توحید اصفهان در تابستان ۱۳۹۶ بهره برده بودند، صورت گرفت. از بین ۷۸ زن دارای همسر معتاد، تعداد ۴۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. ابزار گردآوری داده‌ها مقیاس استرس ادراک شده و پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی بود. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که مداخله تاب‌آوری باعث کاهش نمره‌های استرس ادراک شده و مشکلات ارتباطی در گروه آزمایش شد. یافته‌ها بعد از دو ماه نیز پایدار بودند. **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت آموزش تاب‌آوری یک روش مؤثر است که می‌تواند استرس و مشکلات ارتباطی را در این زنان کاهش دهد.

کلید واژه‌ها: تاب‌آوری، استرس ادراک شده، مشکلات ارتباطی، همسر معتادین

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کاشان، کاشان، ایران

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کاشان، کاشان، ایران

۳. نویسنده مسئول: مدرس دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان، خوراسگان، اصفهان، پست الکترونیکی:

n.saadati@khuif.ac.ir

مقدمه

وابستگی به مواد در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی با عنوان اختلال اعتیادی و مرتبط با مواد معرفی شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) و یکی از مهم‌ترین مشکلات زندگی بشر به حساب می‌آید (لاندهم، ۲۰۱۳)؛ و به عنوان دومین اختلال شایع روانی از آن یاد می‌شود (سادوک و سادوک، ۲۰۱۶). اختلالات اعتیادی و وابستگی به مواد، منجر به مشکلات جسمانی (ترماین، ۲۰۱۶) و روانی (آگراوال، بودنی و لینسکی، ۲۰۱۲) قابل توجهی شده و مشکلات زیادی را برای فرد و جامعه ایجاد می‌کند (کلاین، ۲۰۱۶؛ هاروپ و کاتالانو، ۲۰۱۶). افزون بر آن، سوء مصرف و اعتیاد به مواد تغییر دهنده خلق و رفتار، یکی از بارزترین آسیب‌های روانی و اجتماعی است که به راحتی می‌تواند بنیان زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی یک کشور را سست کند؛ از این رو، امروزه اعتیاد یک مشکل سلامتی و بهداشت عمومی در سرتاسر جهان محسوب می‌شود و به ندرت می‌توان کشوری را پیدا کرد که با مشکل سوء مصرف مواد تغییر دهنده خلق و خو و رفتار درگیر نباشد (زرین کلک، ۱۳۸۸). به همین دلیل پژوهش‌های زیادی بر روی علل شروع و راهبردهای پیشگیری و درمان اعتیاد بر روی خانواده‌های درگیر اعتیاد انجام گرفته است (مک کانل، ممتوویک و ریچاردسون، ۲۰۱۴). یافته‌هایی که نشان می‌دهند، مقدار زیادی از وقت دادگاه‌ها به این افراد اختصاص داده شده است؛ از این رو، بررسی‌ها در ایران نشان داده ۸۱ درصد از افرادی که درخواست طلاق داده‌اند به دلیل اعتیاد همسران‌شان بوده است (محمدخانی، ۱۳۸۸)

افزون بر آن، این اختلالات با بسیاری از مشکلات جدی پزشکی، روان‌پزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی، معنوی و اخلاقی نیز رابطه دارد به طوری که سوء مصرف مواد نه تنها باعث درد و رنج فرد مصرف‌کننده می‌شود، بلکه بار و آسیب فراوانی بر خانواده و

1. American psychiatric Association (APA)
2. Lundholm
3. Sadock, & Sadock
4. Tremain

5. Agrawal, Budney, & Lynskey
6. Klein
7. Harrop, & Catalano
8. McConnell, Memetovic, & Richardson,

جامعه نیز تحمیل می‌کند (گلدشتاین، فالکنر و وکرلی، ۲۰۱۳). در چنین شرایطی، زن، در نقش همسر، در امن‌ترین نهاد اجتماعی، یعنی خانواده، با آسیب‌های جدی مواجه می‌شود. در شرایطی که محیط خانه مأمّن امنیت، آرامش و آسایش است در هراس و ناامنی به سر می‌برد. آسیب‌های ناشی از زندگی با فرد معتاد گاه آن‌قدر عمیق می‌شود که علاوه بر تحمل عوارض اعتیاد، همسر نیز در معرض استرس و مشکلات روان‌شناختی قرار می‌گیرد (ناعمی، ۱۳۹۴). پر واضح است که اعتیاد سرپرست خانواده بر همسر مرد معتاد، تأثیرات منفی برجای می‌گذارد. جایگاه زنان دارای همسر معتاد، با توجه به مسائل فردی آنان و نقش‌هایی که در برابر همسر، فرزندان و جامعه دارند، از حساسیت خاصی برخوردار است و توجه ویژه به این گروه ضروری است. در سال‌های گذشته، تحقیقات و بررسی‌های متنوعی دربارهٔ مسائل و مشکلات زنان دارای همسر معتاد صورت گرفته است. آمارها حکایت از آسیب‌های جسمی، روانی و اجتماعی این افراد دارد؛ به این معنی که هرچه زنان دارای همسر معتاد از حمایت اجتماعی کمتری بهره‌مند شوند، از سلامت روانی پایین‌تری برخوردار خواهند شد (حمیدی، ۱۳۸۹).

با توجه به در نظر گرفتن ضعف‌ها و کمبودهایی که در کارکرد خانواده‌های زنان دارای همسر معتاد به وجود می‌آید، ارتباطات نادرستی بین زوجین شکل می‌گیرد و کشمکش بین اعضای خانواده افزایش می‌یابد. در چنین خانواده‌هایی، بیشتر ارتباط منفی و آسیب‌پذیر (مانند انتقاد، سرزنش، تحقیر و پرخاشگری) دیده می‌شود و سطح پایینی از همدلی بروز می‌کند؛ این‌گونه روابط منفی استفاده از مهارت‌های حل مسئله را کاهش می‌دهد (ناعمی، ۱۳۹۴). از سوی دیگر مشکلات ارتباطی در چنین خانواده‌هایی بسیار شایع است و همین امر باعث می‌شود که آن‌ها نتوانند منظور خود را به‌درستی به دیگران تفهیم کنند (محمدی‌فر، طالبی، طباطبایی، ۱۳۸۹). از این رو یکی از عوامل استرس‌زای جدی که همسران معتادین با آن روبه‌رو هستند، ضعف ارتباطی است (محمدخانی، ۱۳۸۸). این مشکلات ارتباطی، می‌تواند به صورت پرخاشگری، افسردگی، تعارضات شدید، جروبحث و خشونت کلامی و جسمی نمایان شود. این مشکلات باعث می‌شود راهکارهای

سازگاری کاهش‌یافته، آستانه تنش و تاب‌آوری پایین بیاید (محمدی‌فر و همکاران، ۱۳۸۹). با در نظر گرفتن این حقیقت که استرس بالای همسران معتاد و مشکلات ارتباطی آن‌ها تأثیر منفی در فرآیند ترک معتادین ایجاد می‌کند (لوپرینزی، پراساد، اسچرودر و سود، ۲۰۱۱)، پیش‌بینی می‌شود مداخله‌های زود هنگام مؤثر برای حمایت از معتادان در حال ترک، از پیامدهای منفی استرس و مشکلات ارتباطی که همسران معتادین دارند، جلوگیری کند. از جمله این مداخلات که می‌تواند استرس همسران معتادین را تعدیل کرده و بر بهبود ارتباط آن‌ها با همسران‌شان در جهت بهبودی و ترک مؤثر باشد، مداخله مبتنی بر آموزش تاب‌آوری است (ناعمی، ۱۳۹۴).

تاب‌آوری شش متغیر توانایی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط بحرانی است؛ افراد تاب‌آور نسبت به موقعیت، آگاه و هشیارند، احساسات و هیجان‌های خود را به شیوه سالم مدیریت می‌کنند؛ در واقع تاب‌آوری به این مسئله می‌پردازد که زن علیرغم قرار گرفتن در معرض فشارهای شدید و عوامل بحرانی حاصل از اعتیاد همسر، می‌تواند توانش اجتماعی خود را در کنار همیاری جهت کمک به ترک همسر، بهبود داده و بر مشکلات پیش رو غلبه کند و به موفقیت نائل شود (مهدی و حقایق، ۱۳۹۶). پژوهش‌های اخیر در مورد تاب‌آوری عوامل مختلفی را نشان می‌دهد که از افراد در مقابل تأثیرات منفی موقعیت‌های زندگی محافظت می‌کند. اخیراً، تاب‌آوری به عنوان یک مفهوم مهم در روان‌شناسی سلامت پدیدار شده و پژوهش‌گران به بیان و شفاف‌سازی این که چگونه افراد به صورت مطلوب به اتفاقات و شرایط دشوار پاسخ می‌دهند، می‌پردازند (بنت، آدن، بروم، میتکل و رکیدن، ۲۰۱۰). از این رو، در پژوهش آروالو، پرادو و آمارو^۳ (۲۰۱۰) استرس به طور قابل توجهی با اعتیاد به مواد مخدر در خانواده‌های دارای عضو معتاد مربوط بود. بنابراین پاسخ مناسب به استرس و شرایط تنش‌زا در این خانواده‌ها تا حدود زیادی می‌تواند از تأثیر عوامل استرس‌زا بر سلامت سایر اعضای خانواده بکاهد. بررسی‌ها نشان داده‌اند چنان‌چه افراد به راهبردهای مقابله‌ای کارآمد مجهز نباشند و توانایی کمی برای درک

1. Loprinzi, Prasad, Schroeder, & Sood

2. Bennett, Aden, Broome, Mitchell, & Rigdon,

3. Arevalo, Prado, & Amaro

هیجان‌های خود و دیگران داشته باشند، در برخورد با استرس‌ها و بحران‌های حاصل از اعتیاد یکی از اعضای خانواده، توان کمتری خواهند داشت. همچنین، مشکلات رفتاری بیشتری را به صورت پرخاشگری، افسردگی، استرس و اضطراب نشان خواهند داد (مولایی یساوولی و عبدی، ۱۳۹۴؛ رحیمی، حسین ثابت و سهرابی، ۱۳۹۵)؛ اما برنامه‌ها و مداخله‌های درمانی گسترده‌ای جهت ارتقا کارکرد افراد وابسته به مواد و خانواده‌های آنان استفاده شده است. در پژوهش حاضر به آموزش جلسات تاب‌آوری، جهت ارتقاء تاب‌آوری زنان دارای همسران وابسته به مواد پرداخته شده است.

آموزش مهارت‌های تاب‌آوری اشاره به یک فرآیند شناختی رفتاری دارد که تنوعی از پاسخ‌های بدیل و بالقوه را برای مقابله با شرایط مشکل‌ساز فراهم می‌کند و امکان انتخاب بهترین و مؤثرترین پاسخ‌های بدیل را افزایش می‌دهد (گلدشتاین و همکاران، ۲۰۱۳)؛ از این رو، افراد می‌توانند تحت آموزش قرار گیرند تا ظرفیت تاب‌آوری خود را با آموختن برخی مهارت‌ها افزایش دهند و با واکنش مناسب در برابر استرس، رویدادهای ناخوشایند و دشواری‌ها را تغییر دهند و بر مشکلات منفی محیط غلبه کنند (جلیلی نیکو، خرامین، قاسمی جوبنه و محمدعلی پور، ۱۳۹۴). تاب‌آوری قابلیت فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی و معنوی، در مقابل شرایط مخاطره‌آمیز و نوعی ترمیم خود است که با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی همراه است (اسکات، ۲۰۱۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند افرادی که تاب‌آوری پایینی دارند آسیب‌پذیرترند و فاقد جسارت، انگیزه تشویق و راهبردهای لازم برای تغییر شرایط تنش‌زا هستند (شاره، ۲۰۱۱) و مشکلات خود را به صورت مبالغه‌آمیز بزرگ کرده و خود را قربانی حوادث می‌دانند؛ همچنین اغلب زنان دارای همسر معتاد از اختلال روانی رنج می‌برند و از زندگی خود ناراضی‌اند (کیشور، لاکشمی، پاندیت و راگورام، ۲۰۱۳). افزون بر آن، گسترش احساسات مثبت از طریق آموزش، تاب‌آوری را به صورت مستقیم افزایش می‌دهد و به صورت غیرمستقیم به سازگاری و مقابله با مسائل کمک می‌کند (جعفری روشن، احمدی و اسلامی، ۲۰۱۵). تاب‌آوری نشانگان استرس، اضطراب، و افسردگی را کاهش می‌دهد (مداحی فرد،

رحیمی، کاظمی‌ظریف و فتاحی مقدم، ۲۰۱۴). گلوری‌ا و استینه‌ه‌ارت (۲۰۱۴) گزارش دادند که در ایران، مطالعات مربوط به اعتیاد عمدتاً متمرکز بر شیوع، نوع مواد، نگرش نسبت به مصرف مواد و عوامل پیش‌بین خطر‌ساز یا محافظت‌کننده و ضعف مهارت‌های زندگی و بعضاً به آزمون گذاشتن مداخله‌های روان‌شناختی و دارویی بوده است. بیشتر پژوهش‌های مداخله‌ای در کشور بر فرد بیمار تمرکز دارد و آن‌هایی که در سطح خانواده‌ها انجام می‌شوند، از نوع رویکردهای خانواده‌درمانی بوده است. کمتر از روش‌هایی که راهکارهای عینی و عملیاتی ارائه کند استفاده شده است؛ لذا این پژوهش برای پاسخ به این سؤال که آیا آموزش گروهی تاب‌آوری بر میزان استرس و مشکلات ارتباطی زنان دارای همسر معتاد شهر اصفهان مؤثر است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش از طرح‌های نیمه‌آزمایشی و کاربردی است که به‌صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه به همراه پیگیری دوماهه و با استفاده از گزینش تصادفی عضویت گروهی اجرا شد. انتخاب نمونه از بین زنان دارای شوهر معتاد در حال ترک که از خدمات ترک اعتیاد توحید در شهر اصفهان در تابستان ۱۳۹۶ بهره‌برده بودند صورت گرفت. در این تحقیق از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد؛ به این صورت که از بین ۱۶۰ زن دارای شوهر معتاد در حال ترک که برای کمک و حمایت همسران‌شان همراه با آن‌ها به کلینیک ترک اعتیاد توحید مراجعه کرده بودند، با رعایت اصل رازداری و همکاری با رضایت درخواست شد تا به پرسش‌نامه‌های استرس ادراک شده و مشکلات ارتباطی پاسخ دهند و پس از غربال‌گری اولیه ۷۸ نفر نمره بالا در استرس و مشکلات ارتباطی کسب کردند که از این بین با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش که شامل داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، نداشتن سابقه بیماری و تحت درمان نبودن (دارویی و روان‌درمانی) و رضایت مکتوب برای شرکت در طرح و ملاک‌های خروج شامل دریافت روان‌درمانی هم‌زمان با آموزش، مصرف داروهای روان‌پزشکی، سابقه بیماری روانی، بیماری جسمانی بارز و غیبت بیش از دو جلسه بود ۴۰ نفر انتخاب و به صورت

تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گواه (۲۰ نفر) جایگزین شدند. سپس در سالن انتظار مرکز ترک اعتیاد توحید، گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه گروهی و به مدت دو ماه به صورت جلسات ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک جلسه در روزهای جمعه اجرا شد.

روش اجرا

پس از انتخاب نمونه‌ها، به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند. مدل مداخله تاب‌آوری برای گروه آزمایش در ۸ جلسه به صورت هفتگی در مرکز خدمات ترک اعتیاد اجرا شد و گروه گواه برنامه و آموزش خاصی را دریافت نکردند؛ از این رو به دلیل مسائل اخلاقی به گروه گواه تعهد داده شد که پس از پایان جلسه‌های گروه آزمایش، آن‌ها نیز تحت مداخله قرار می‌گیرند. بلافاصله پس از اتمام جلسات درمانی پس‌آزمون و ۲ ماه پس از آن نیز مرحله پیگیری در مورد هر دو گروه انجام شد. برنامه آموزش مؤلفه‌های تاب‌آوری از ۸ جلسه رسمی تشکیل شده بود. این برنامه برگرفته از برنامه هندرسون و میلستین، کروتز است که در سال ۱۹۹۷ جهت ایجاد مدارس امن در ایالات متحده آمریکا به اجرا درآمد. محتوای جلسات آموزش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: محتوای جلسات برنامه آموزش تاب‌آوری

جلسات	موضوع	هدف
اول	برقراری ارتباط با مخاطبین و آشنا کردن آن‌ها با تاب‌آوری و قوانین شرکت در کارگاه	معرفی شرکت‌کنندگان، آشنایی با اهداف برنامه، ارائه‌ی تعریف ساده‌ای از تاب‌آوری، ارائه ارتباط تاب‌آوری و سلامت روان رایان شد.
دوم	آگاهی نسبت به توانمندی‌های خود و تقویت عزت نفس	ارائه‌ی تعریف ساده‌ای از خودآگاهی، معرفی مؤلفه‌های اصلی خودآگاهی، شناسایی نقاط ضعف و قوت خود توسط شرکت‌کنندگان، خودآگاهی نسبت به اهداف، رسیدن به درک روشنی از عزت نفس و علل و عوامل مؤثر بر آن و تقویت آن، پی بردن به اهمیت و تأثیر عزت نفس در زندگی، شناسایی ضعف‌های خود، برطرف کردن آن‌ها.
سوم	ارتباط مؤثر و برقراری روابط اجتماعی	ارائه‌ی تعریف ساده‌ای از ارتباط، آموختن برقراری ارتباط صحیح با همسران، پی بردن به اهمیت همسر خود و درستی برقرار کنند-در

جدول ۱: محتوای جلسات برنامه آموزش تاب‌آوری

جلسات	موضوع	هدف
		زندگی خود به اهمیت ارتباط با همسر، آموزش برقراری ارتباط با پدر به فرزندان خود.
چهارم	تعیین هدف و چگونگی دستیابی به آن	در ابتدای جلسه از شرکت کنندگان خواسته شد که مفهوم هدف را به سادگی بیان کنند. انواع اهداف کوتاه مدت را از هم تمیز دهند و در به کارگیری توانایی‌های خود اعتماد به نفس کسب کنند و قادر شوند برای رسیدن به هدف خود برنامه‌ریزی کنند.
پنجم	تصمیم‌گیری و حل مسئله	معیارهای صحیح یک تصمیم خوب را بیان کنند. اهمیت وارزش یک تصمیم درست در زندگی را توضیح دهند. عواقب و نتایج تصمیمات را پیش‌بینی کنند. عادت کنند در تصمیم‌گیری‌ها با همسر و فرزندان مشورت کنند. درست تصمیم بگیرند. مراحل حل یک مسئله را به طور ساده بیاموزند. در مورد مسئله تفکر کنند. شرکت کنندگان بتوانند مشکلات خود را حل کنند و برای آن‌ها راه حل ارائه دهند و به خود کارآمدی برسند.
ششم	مسئولیت‌پذیری	تعریف ساده‌ای از مسئولیت‌پذیری ارائه دهند. مسئولیت کوچکی را در محیط مرکز بازتوانی یا خانواده در کنار همسر خود عهده‌دار شوند. ارائه‌ی خصوصیات فرد مسئولیت‌پذیر.
هفتم	مدیریت خشم، مدیریت اضطراب و استرس	مفهوم خشم، اضطراب و استرس را به صورت ساده بیان کنند. نشانه‌های خشم، اضطراب و استرس را نام ببرند. علل و پیامدهای خشم، اضطراب و استرس را بیان کنند. روش‌های مدیریت استرس را یاد بگیرند و بتوانند به دیگران یاد بدهند.
هشتم	پرورش حس معنویت و ایمان	بتوانند معنویت را از مذهب تمیز دهند. از حس معنویت خود به عنوان یک عامل انگیزشی جهت کمک به ترک همسر استفاده کنند. به آینده خوش‌بین و امیدوار شوند. به بی‌همتایی خود اعتقاد پیدا کنند.

ابزار

۱- پرسش‌نامه استرس ادراک شده: این پرسش‌نامه توسط کوهن، کامارک و مرملستین (۱۹۸۳) تهیه شد و استرس عمومی ادراک شده در طی یک ماه گذشته و نیز افکار و احساسات درباره حوادث تنش‌زا، مهارگری، غلبه و کنار آمدن با استرس‌های تجربه شده

را می‌سنجد. همچنین، عوامل خطرزا در اختلال‌های رفتاری را بررسی می‌کند و فرایند روابط تنش‌زا را نشان می‌دهد. در پژوهش حاضر نسخه ۱۴ گویه‌ای آن به کار برده شد. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای هیچ=۰، کم=۱، متوسط=۲، زیاد=۳ و خیلی زیاد=۴ می‌باشد. شایان ذکر است که در مورد سؤال‌های مثبت (۱۳، ۱۰، ۹، ۷، ۶، ۵، ۴) امتیازات به طور معکوس محاسبه می‌شود. در کل دامنه نمره‌ها بین صفر تا ۵۶ است (هاشمی و پیمان‌نیا، ۱۳۹۲). ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ در دانشجویان به دست آمده است (کوهن و همکاران، ۱۹۸۳). روایی محتوایی برگردان فارسی آن توسط ده تن از اساتید صاحب‌نظر دانشگاه علوم پزشکی مشهد تأیید شده است (هاشمی و پیمان‌نیا، ۱۳۹۲). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ با ۴۰ نفر از زنان دارای همسران معتاد، ۰/۸۲ به دست آمد.

۲- پرسش‌نامه مشکلات ارتباطی: از آنجایی که پرسش‌نامه‌ای جهت سنجش مشکلات ارتباطی زنان دارای همسر معتاد وجود نداشت؛ پژوهشگران با مرور مقالات و کتب مرتبط، مصاحبه با زنان دارای همسر معتاد در حال ترک، پرسش‌نامه‌ای ۲۵ سؤالی را که مربوط به مشکلات موجود در برقراری ارتباط با همسر معتاد بود تهیه کردند. دامنه پاسخ‌دهی پنج‌درجه‌ای (همیشه تا هرگز) است. نمرات کمتر از ۲۵ میزان مشکل ارتباطی در حد کم، نمره ۲۶ تا ۵۰ در حد متوسط و نمره بالاتر از ۵۰ در حد زیاد می‌باشد. برای بررسی روایی از "روایی محتوا" استفاده شد. پرسش‌نامه برای ۵ نفر از اساتید این حوزه، یک نفر روان‌پزشک، دو درمانگر اعتیاد و یک مددکار اجتماعی ارسال شد تا درباره محتوای پرسش‌نامه اظهار نظر کنند. با جمع‌بندی موارد ذکر شده و اعمال تغییرات پرسش‌نامه از سوی دو نفر از متخصصین بازبینی شد تا اصلاحات نهایی صورت گیرد؛ همچنین سئوالات به گونه‌ای تنظیم شد که به راحتی از سوی افراد با سطوح سنی و تحصیلی مختلف قابل درک باشد. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. ضریب اعتبار بازآزمایی پس از دو هفته، در گروه ۲۰ نفری ۰/۸۴ به دست آمد.

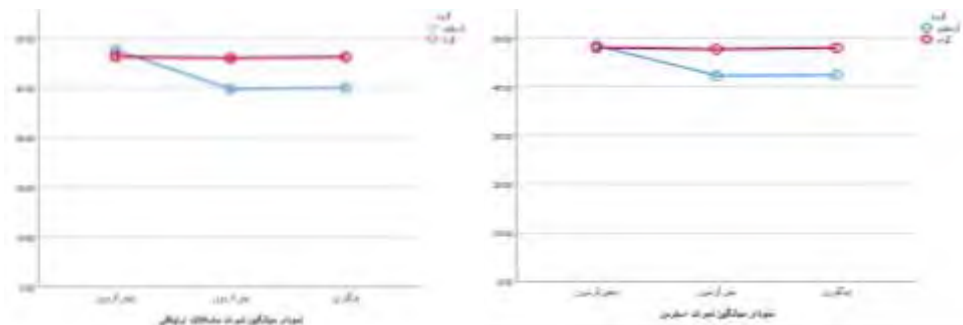
یافته‌ها

از نظر میزان تحصیلات زنان دارای همسران معتاد شرکت‌کننده در پژوهش ۴ نفر دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۱۰ نفر دارای مدرک کاردانی، ۲۰ نفر دارای مدرک لیسانس و ۶ نفر دارای مدرک فوق‌لیسانس بودند. همچنین مدت‌زمان مصرف مواد همسران‌شان ۹ نفر بین ۱ تا ۳ سال، ۲۲ نفر ۳ تا ۶ سال و ۹ نفر بیش از ۶ سال مصرف داشتند که از این بین ۱۰ نفر با مصرف زیر ۱ گرم، ۱۶ نفر ۱ تا ۲ گرم و ۱۴ نفر ۲ گرم و بالاتر و همگی اعتیاد به مصرف تریاک داشتند. میانگین (انحراف استاندارد) سنی این زنان در گروه آزمایش ۳۲/۵۰ (۲/۳۷) سال و گروه گواه ۳۴/۰۰ (۳/۴۳) سال بود. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی استرس ادراک شده و مشکلات ارتباطی به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیرها	گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف - استاندارد	میانگین	انحراف - استاندارد	
استرس	آزمایش	۴۸/۴۵	۴/۰۴	۴۲/۲۵	۳/۶۲	انحراف - استاندارد
ادراک شده	گواه	۴۸/۰۵	۳/۸۵	۴۷/۷۰	۳/۶۵	میانگین
مشکلات	آزمایش	۴۷/۶۰	۳/۰۶	۳۹/۷۶	۴/۰۰	انحراف - استاندارد
ارتباطی	گواه	۴۶/۲۵	۳/۶۲	۴۵/۹۵	۳/۴۷	میانگین

نمودار میانگین نمرات استرس ادراک شده و مشکلات ارتباطی در نمودار ذیل ارائه شده‌اند.



برای تحلیل داده‌ها می‌بایستی از تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شود. یکی از مفروضه‌های این تحلیل بررسی همسانی ماتریس واریانس-کواریانس می‌باشد. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این مفروضه داشت ($M=22/06, F=1/76, P>0/05$) (باکس). مفروضه‌ی دیگر این تحلیل برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون نشان داد در استرس ادراک شده ($F=0/77, P>0/05$) و مشکلات ارتباطی ($P>0/05, F=0/46$) مفروضه همگنی واریانس‌های خطا برقرار است. مفروضه مهم دیگر همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل استرس ادراک شده و متغیر مستقل (روش درمان) در مرحله پس‌آزمون ($F=0/33, P>0/05$) و مشکلات ارتباطی و متغیر مستقل (روش درمان) در مرحله پس‌آزمون ($F=0/68, P>0/05$) مورد بررسی قرار گرفت؛ نتایج حکایت از برقراری این مفروضه داشت. برای بررسی توزیع جامعه (نرمال بودن داده‌ها)، از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، استفاده شد که نتایج حکایت از نرمال بودن توزیع داشت. بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج حکایت از تفاوت دو گروه در ترکیب خطی متغیرها داشت ($0/95$ مجذور اتا، $F=104/01, P<0/001$)، $0/04$ لامبدای ویلکز). به منظور بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۳ استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت اثربخشی آموزش

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
استرس ادراک شده	۱۶۵/۳۷	۱۰/۲۱	۰/۰۰۴	۰/۳۱	۰/۸۶
مشکلات ارتباطی	۳۷۴/۴۶	۱۹/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۰/۹۸

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود آموزش تاب‌آوری بر هر دو متغیر استرس ادراک شده و مشکلات ارتباطی موثر بوده است.

برای بررسی بقای اثربخشی نیز می‌بایستی از تحلیل کواریانس چند متغیری بانمرات پیگیری استفاده شود. نتایج تحلیل حکایت از تفاوت معنادار ترکیب خطی متغیرها در دو گروه داشت ($0/70$ مجذور اتا، $F=35/18, P<0/001$)، $0/34$ لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۴ استفاده شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت بقای اثربخشی بر متغیرها

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
استرس ادراک شده	۴۱۶/۰۲	۳۹/۳۵	۰/۰۰۰۵	۰/۵۰	۱/۰۰
مشکلات ارتباطی	۴۹۰/۰۰	۲۰/۸۳	۰/۰۰۰۵	۰/۳۵	۰/۹۹

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود تاثیر آموزش تاب‌آوری بر هر دو متغیر استرس ادراک شده و مشکلات ارتباطی دارای بقا بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش استرس و مشکلات ارتباطی در همسران معتادین در حال ترک شهر اصفهان بود. بر اساس نتایج پژوهش، مداخله تاب‌آوری در استرس و مشکلات ارتباطی موثر بوده است. نتایج این پژوهش با نتایج مهدی و حقایق (۱۳۹۶)، رحیمی و همکاران (۱۳۹۵)، ناعمی (۱۳۹۴)، مک کانل و همکاران (۲۰۱۴)، گلوریا و استینهارت^۱ (۲۰۱۴)، گلدشتاین و همکاران (۲۰۱۳)، مداحی فرد و همکاران (۲۰۱۴) و جعفری روشن و همکاران (۲۰۱۵) همسوست. آموزش تاب‌آوری از طریق تغییر در شناخت، خوش‌بینی، حذف باورهای نادرست و ارتقای تاب‌آوری سبب افزایش مهارت‌های ارتباطی زنان دارای همسر معتاد می‌شود. می‌توان گفت آموزش تاب‌آوری با استفاده از مهارت‌های ارتباطی، خودآگاهی، حل مسئله، کنترل رفتار، کمک خواهی، خوش‌بینی، حذف باورهای غلط، هم‌دلی، و قدرت تصمیم‌گیری قادر است تفکر امیدوارانه و هدف‌دار را در زنان دارای همسر معتاد افزایش دهد و از این طریق به ارتقای سلامت روان و بهبود مهارت تاب‌آوری و ارتباطی آنان کمک کند (ناعمی، ۱۳۹۴).

در این ارتباط می‌توان گفت، تاب‌آوری، تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نیست. بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است و توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی، در شرایط بحرانی است. یکی از این شرایط بحرانی گرایش به سوء مصرف مواد همسر یا

1. Gloria, & Steinhardt,

عضوی از خانواده است (مهدی و حقایق، ۱۳۹۶). در تبیین این یافته می توان گفت که مهارت های ارتباطی و حل مسئله یکی از مؤلفه های لازم امانه کافی جهت افزایش تاب آوری است. نبود شرایط دیگر از جمله پذیرش، مسئولیت پذیری، نحوه برقراری ارتباط، کنترل استرس، افزایش شادکامی و بهزیستی از دلایل گرایش همسر به سوء مصرف مواد بوده و غنی سازی و مهارت آموزی زنان به عنوان بازوی کمکی همسران جهت ترک یکی از راهکارهای مؤثر می باشد. از طرف دیگر می توان این مسئله را مدنظر قرارداد که آموزش این مهارت ها که نوعی مهارت شناختی و رفتاری است در کنار افزایش تاب آوری می تواند به همسران کمک کند (ناعمی، ۱۳۹۴).

افزون بر آن، از طریق آموزش مهارت های تاب آوری، همسران یاد می گیرند چگونه با به کارگیری مهارت حل خلاق مسائل مشکلات و تعارضات بین فردی خود با همسرشان را حل کنند. در حل تعارضات درون گروهی و خانوادگی موفق باشند. بدین ترتیب به شکل اثربخش تری بتوانند بر مشکلات زندگی خود فائق آمده و با همسران در حال ترک خود رابطه بهتری برقرار کنند. همچنین فونونی که در مهارت حل خلاق مسئله آموخته می شوند فرد را قادر می کنند که در شناسایی و حل مشکلات روزمره زندگی به نحو موفقیت آمیزی عمل کرده و فشارها و استرس های وارده از جانب همسر معتاد را کم کند. در نتیجه سطح رضایتمندی خود را بالا ببرد (محمدی فر و همکاران، ۱۳۸۹). علاوه بر آن، در تبیین این یافته ها می توان گفت که تاب آوری با افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف و احساسات منفی، مقابله با شرایط دشوار زندگی را سهل تر کرده و توانایی چیره شدن بر مشکلات را افزایش می دهد. این امر می تواند استرس را کاهش دهد. پژوهش ها نیز نشان داده اند که توانایی تاب آوری می تواند به افراد کمک کند تا هیجانات مثبت بیشتری را تجربه کنند (مهدی و حقایق، ۱۳۹۶). مشارکت زنان دارای همسران معتاد در حال ترک در برنامه آموزش تاب آوری موجب شده تا آن ها برای رویارویی با استرس بالا احساس توانمندی بیشتر داشته و با مشکلات پیش بینی نشده خوش بینانه تر مواجه شوند. به علاوه با برخورد مسئله مدارانه با مشکلات ترک اعتیاد همسران شان، به ارتقاء سلامت روان خود در ابعاد مختلف کمک کنند (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۵). همچنین مداخلات آموزشی مبتنی

بر تاب‌آوری به رویارویی مؤثرتر این زنان با عوارض منفی مراقبت و حمایت از ترک همسران‌شان منجر می‌شود. با آموزش راهکارهای رویارویی با مشکلات ناشی از ترک به کاهش مشکلات جسمی و روانی همسران‌شان در کاهش عود کمک می‌کنند. مشارکت فعال این زنان در برنامه‌های حمایت‌گر، با کاهش فشار مراقبتی و حمایتی، ارتقاء سلامت روانی و معنوی، باعث تجربه رویارویی مؤثرتر با عوارض منفی می‌شود. مشارکت در گروه‌های حمایت‌گر می‌تواند مصداق توانمندسازی مراقبین برای رویارویی با مشکلات مراقبت از همسران در حال ترک باشد (ناعمی، ۱۳۹۴). این زنان با تاب‌آوری بالاتر به طور مؤثرتری قادر به استفاده از مکانیسم‌های سازگاری هستند و قادر به ارائه حمایت بهتر از همسران‌شان به هنگام ترک مواد می‌باشند (لوپرنیزی و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین تاب‌آوری به عنوان یک عامل مقاوم درونی عمل کرده، با افزایش توان حل مسئله و افزایش انگیزه فرد برای مقابله با مشکلات ناشی از ترک همسران، به این زنان کمک می‌کند که بتوانند استرس را تعدیل نمایند. در واقع توانمندی ناشی از تاب‌آوری به زنان تاب‌آور امکان مدیریت شرایط دشوار و استرس‌زای زندگی را می‌دهد. امکان رشد و تعادل مثبت را برای فرد مهیا می‌کند. تمام این توانمندی‌ها به افراد کمک می‌کنند تا با شرایط ترک همسران‌شان راحت‌تر برخورد کرده و در هنگام بروز مشکلات با حل مسئله آرامش درونی بیشتر با مشکلات پیشرو کنار آیند (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۵).

آموزش تاب‌آوری که آموزش راه‌های جلب حمایت اجتماعی را نیز در بردارد، توان کنترل محیط و ارتباط مؤثر با دیگران را مقدور می‌سازد. همین امر موجب می‌شود افراد تاب‌آور در شرایط دشوار زندگی حمایت اجتماعی بیشتری دریافت کنند. در نتیجه بار استرس آن‌ها کاهش می‌یابد و راحت‌تر می‌توانند در هنگام ترک با همسران‌شان ارتباط برقرار کنند (جلیلی نیکو و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین تاب‌آوری باعث ایجاد راهبردهای کنار آمدن و ساز و کارهای دفاعی بهتر در افراد می‌باشد. افراد با تاب‌آوری بالا در مقابل رویدادهای استرس‌زا با خوش‌بینی، ابراز وجود و اعتماد به نفس برخورد می‌کنند. در نتیجه رویدادها را قابل کنترل می‌بینند. نگرش‌های خوش‌بینانه، پردازش اطلاعات را مؤثرتر می‌سازد و فرد راهبردهای مقابله‌ای بیشتری را به کار می‌گیرد و توان کنار آمدن با شرایط

دشوار افزایش می‌یابد و تنش را کاهش می‌دهد. بنابراین تاب‌آوری انعطاف‌پذیری فرد را افزایش می‌دهد و این ویژگی باعث افزایش سازگاری افراد با شرایط مختلف می‌شود. همچنین تاب‌آوری با کاهش هیجانات منفی، سلامت روان افراد را افزایش داده و میزان رضایت‌مندی از زندگی نیز افزایش می‌یابد (مهدی و حقایق، ۱۳۹۶). بر طبق نظر لوپریزی و همکاران (۲۰۱۱) توانایی حل کردن مشکلات، توانایی حل تعارض و توانمند بودن در مهارت‌های ارتباطی از ویژگی‌های بارز افراد تاب‌آور ذکر شده است. مطالعه اسکات (۲۰۱۳) نیز ارتباط بین تاب‌آوری و فشار مراقبتی را در مطالعه خود بررسی کردند. نتایج مطالعات آنان نشان داد که مراقبین غیررسمی که نمره تاب‌آوری بالاتری دارند، فشار مراقبتی ناشی از مراقبت را کمتر تجربه می‌کنند. به علاوه نتایج مطالعات آنان نشان داد که مراقبینی که اطلاعات بیشتری درباره اعتیاد و شرایط ترک آن دارند، فشار مراقبتی کمتری تجربه می‌کنند و توانایی حل کردن مشکلات و مهارت‌های حل تعارض به عنوان ویژگی‌های بارز در افراد تاب‌آور ذکر شده است.

بنابراین آموزش تاب‌آوری باعث می‌شود که افراد در مواجهه با ناملایمات و تغییرات زندگی موفق شوند. آن‌ها قادر به اداره کردن و شناختن محیط برای غلبه بر فشارهای زندگی و برآورده کردن ضروریات آن می‌شوند. آن‌ها قادر به سازگاری سریع و شناخت وضعیت، فهم روشن وقایع، برقراری ارتباط و عمل انعطاف‌پذیر می‌شوند. از آنجایی که کاهش سلامت روانی در مراقبین خانوادگی می‌تواند بر وظایف مراقبتی آنان اثرات سوء گذاشته و آنان را بیشتر در معرض بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های قلبی، دیابت و مرگ قرار دهد. مداخلات غیر دارویی در این زمینه جهت بهبود سلامت روان این افراد توصیه می‌شود؛ زیرا استفاده از برنامه آموزش تاب‌آوری موجب می‌شود تا این گروه از افراد آسیب‌پذیر جامعه به طور مؤثرتری قادر به استفاده از مکانیسم سازگاری باشند. با توجه به این که زنان دارای همسر معتاد نیازمند حمایت‌اند، لازم است نهادهای اجتماعی مانند بهزیستی، کمیته امداد امام (ره)، که مسئولیت حمایت از قشرهای آسیب‌پذیر جامعه را بر عهده دارند، به یاری این افراد بشتابند و با آموزش‌های مناسب به ارتقای سلامت روانی و تاب‌آوری آن‌ها برای مقابله با شرایط سخت و دشوار زندگی کمک

کنند. در انجام پژوهش حاضر محدودیت‌هایی شامل نمونه‌گیری محدود به یک مرکز و همچنین محدود به یک شهر بود. بنابراین، لازم است که در تعمیم نتایج در بلندمدت و به سایر جوامع احتیاط شود. با توجه به نتایج به دست آمده، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی آموزش تاب‌آوری به صورت زوجی (زن و شوهر معناد) و همچنین بر روی مردان دارای زنان معناد صورت گیرد و نتایج آن با یافته‌های این پژوهش مقایسه شود.

منابع

- جلیلی نیکو، سعید؛ خرامین، شیرعلی؛ قاسمی جوبنه، رضا؛ و محمدعلی پور، زینب (۱۳۹۴). نقش تاب‌آوری خانواده و ذهن آگاهی در اعتیاد دانشجویان. *ارمغان دانش*، ۲۰(۴)، ۳۶۸-۳۵۷.
- حمیدی، فریده (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی در زنان سرپرست خانوار در کارکنان یک دانشگاه نظامی، *مجله روان‌شناسی نظامی*، ۱(۳)، ۶۰-۵۱.
- رحیمی، کاوه؛ حسین ثابت، فریده؛ سهرابی، فرامرز (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش تاب‌آوری و مدیریت استرس بر کاهش استرس ادراک شده و تغییر نگرش به مصرف مواد در بین زندانیان مرد وابسته به مواد. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۶(۲۲)، ۶۴-۴۷.
- زرین کلک، حمیدرضا (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مؤلفه‌های تاب‌آوری بر کاهش آسیب‌پذیری نسبت به اعتیاد و تغییر نگرش دانش‌آموزان نسبت به مصرف مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۳(۱۱)، ۱۳۸-۱۱۵.
- محمدخانی، پروانه (۱۳۸۸). ابعاد مشکلات شخصی-ارتباطی زنان دارای همسر معناد: چشم‌اندازی به برنامه توان‌بخشی همسران مبتلایان به اعتیاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۳(۹)، ۳۶-۱۷.
- محمدی‌فر، محمدعلی؛ طالبی، ابوالفضل؛ و طباطبائی، سیدموسی (۱۳۸۹). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر عملکرد خانواده در زنان دارای همسر معناد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۴(۱۶)، ۴۰-۲۵.
- مولایی یساولی، هادی؛ و عبدی، منصور (۱۳۹۴). مقایسه تاب‌آوری و راهبردهای مقابله با فشار روانی در افراد وابسته به مواد و عادی. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۴(۱)، ۲۹-۲۴.
- مهدی، محمدحسین؛ و حقایق، سیدعباس (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش گروهی حل مسئله بر تاب‌آوری، رضایت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای خانواده افراد مبتلا به سوء مصرف مواد. *فصلنامه رویش روان‌شناسی*، ۶(۳)، ۱۸۹-۱۶۳.
- ناعمی، علی محمد (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش خانواده محور بر سلامت روان و تاب‌آوری زنان دارای همسر معناد (مطالعه موردی: سبزوار). *زن در توسعه و سیاست*، ۱۳(۱)، ۵۲-۴۱.

- هاشمی، تورج؛ و پیمان نیا، بهرام (۱۳۹۲). رابطه تیپ شخصیتی (D) و استرس ادراک شده با رفتارهای بهداشتی در زنان مبتلا به بیماری سرطان سینه. *روان پرستاری*، ۱(۴)، ۴۴-۳۶.
- Agrawal, A., Budney, A. J., & Lynskey, M. T. (2012). The co-occurring use and misuse of cannabis and tobacco: a review. *Addiction*, 107(7), 1221-1233.
- American psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)*. Washington, DC: Auth.
- Arevalo, S., Prado, G., & Amaro, H. (2010). Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Evaluation and Program Planning*, 31(1), 113-123.
- Bennett, J., Aden, CA., Broome, K., Mitchell, K., & Rigdon, WD. (2010). Team resilience for young restaurant workers: research-to-practice adaptation and assessment. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15, 223-236.
- Cohen, S., Kamark, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 358-396.
- Gloria, C. T., Steinhardt, M. A. (2014). Relationships among positive emotions, coping, resilience and mental health. *Stress and Health*, 31(1), 1-20.
- Goldstein, AL., Faulkner, B., & Wekerle, C. (2013). The relationship among internal resilience, smoking, alcohol use, and depression symptoms in emerging adults transitioning out of child welfare. *Child Abuse & Neglect*, 37(1), 22-32.
- Harrop, E., & Catalano, R. F. (2016). Evidence-based prevention for adolescent substance use. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 25(3), 387-410, DOI: 10.1016/j.chc.2016.03.001.
- Jafare Roshan, F., Ahmadi, S., & Eslami, S. (2015). The effectiveness of group training based on positive-oriented psychotherapy on the resiliency and public health of the wives with addicted husbands. *Biomedical & pharmacology Journal*, 8(1), 185-191.
- Kishor, M., Pandit, L. V., & Raguram, R. (2013). Psychiatric morbidity and marital satisfaction among spouses of men with alcohol dependence. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(4), 360-365.
- Klein, J. W. (2016). Pharmacotherapy for Substance Use Disorders. *Medical Clinics of North America*, 100(4), 891-910.
- Loprinzi, C. E., Prasad, K., Schroeder, D. R., & Sood, A. (2011). Stress Management and Resilience Training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a pilot randomized clinical trial. *Clinical breast cancer*, 11(6), 364-368.
- Lundholm, L. (2013). *Substance use and violence: influence of alcohol, illicit drugs and anabolic androgenic steroids on violent crime and self-directed violence*. PH.D unpublished Dissertations, Sweden: Uppsala University.
- Maddahifard, R., Rahimi, M., Kazemi Zarif, A., & Fattah Moghaddam, L. (2014). The effect of spiritual group therapy on resilience and conflict of

- women with marital conflict. *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences*, 5(9S), 326-334.
- McConnell, M. M., Memetovic, J., & Richardson, C. G. (2014). Coping style and substance use intention and behavior patterns in a cohort of BC adolescents. *Addictive Behaviors*, 39(10), 1394-1397.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2016). *aa plan and Sadockss comprehensive textbook of psychiatry (10th ed., vol. 1)*. Philadelphia: Lippincott/Williams & Wilkins.
- Scott, C. B. (2013). Alzheimer's disease caregiver burden: Does resilience matter? *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 23(8), 879-892.
- Shareh, H. (2011). The effect of work stress, coping strategies, resilience and mental health on job satisfaction among anesthesia technicians. *Journal of fundamentals of mental health*, 13(1), 20-29.
- Tremain, D., Freund, M., Wye, P., Wolfenden, L., Bowman, J., Dunlop, A. ... Doherty, E. (2016). Provision of chronic disease preventive care in community substance use services: Client and clinician report. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 68, 24-30.

